

经口食管腔内置管术的临床应用^①

傅剑华^② 黄植蕃 吴一龙 杨名添 戎铁华

(中山医科大学肿瘤医院胸科; 广州, 510060)

主题词 食管肿瘤 治疗; 胃肿瘤 治疗; 插管法

中图分类号 R 735.1

经口食管腔内置管术是目前姑息性治疗晚期食管癌较好的方法之一,亦可应用于食管良性狭窄,作者在1990~1995年施行经口腔内置管术102例,取得较满意的效果。现报告如下:

1 材料和方法

1.1 临床资料

全组102例,男90例,女12例。年龄40~74岁,中位年龄56岁。食管癌或贲门癌无手术指征或剖胸探查不能切除,术后残留食管复发者,合并严重吞咽困难或合并食管呼吸道瘘、食管纵隔瘘共9例,其中病灶位于颈段3例,胸上、中、下段分别为4例、36例、16例,贲门癌2例,病灶长1~14cm,平均6.5cm,其中6例完全梗阻,无法估计其长度;肺癌合并食管呼吸道瘘3例;吻合口狭窄反复扩张无效者2例。全组中合并食管呼吸道瘘19例,食管纵隔瘘24例,放疗前、放疗中有严重进食梗阻而短期置管,放疗后拔除者4例。

1.2 材料

用抗酸碱无毒聚乙烯塑料管自制的腔内管94例^[1],管的外径1.4~1.8cm,内径1.1~1.5cm,长3~17cm。用Wilson-Cook公司的Celestin管3例,瑞士Schneider公司的带膜金属食管支架1例。

1.3 方法

除2例在全麻剖胸探查时同时置管外,其余在咽部表麻下行经口置管术^[1]。14例食管呼吸道瘘者在电视监视下进行,其余未用电视监视。术后根据患者进食状态、食管造影,了解腔内管通畅程度、位置、瘘口的阻断情况。置管术后适当选用对症支持治疗及抗肿瘤治疗,生活质量评分是采用Karnofsky的评分标准。

2 结果

102例中,置管成功98例,失败4例,成功率96.1%。其中3例肿瘤生长使食管成盲端,无法扩张置管,另1例患者驼背,置管时导致食管穿孔,腔内管进入后纵隔。

置管成功后部分患者1周内出现不同程度的胸骨后不适或背部疼痛,但均可耐受,饮食状态明显改善,可进半流饮食或普食,生活质量平均提高20分。食管呼吸道瘘者食管造影显示瘘口完全阻断,饮水无呛咳,恢复经口进食;食管纵隔瘘者瘘口全部被阻断。随访率90%,按定群寿命表法计算,术后3月、6月、12月生存率分别为65.5%、32.2%、10.9%。2例吻合口狭窄者,腔内管1月内自行脱落,肛门排出,吻合口狭窄治愈。

并发症:食管穿孔2例,腔内管移位重新出现症状者4例,脱落至胃5例,腔内管异物梗阻1例;并发症发生率17.6%。手术死亡4例(3.9%),其中1例死于纵隔炎症,3例死于肺炎。

3 讨论

在各种姑息治疗食管癌引起的吞咽困难的方法中,对于经检查已无需行姑息切除的患者,利用经口食管腔内置管术与胃造瘘术或肠道外营养比较,前者因方法简单、创伤小、能经口进食易被患者接受,亦用于某些食管良性病变,具体适应症如下:①食管的肿瘤性狭窄:食管癌、贲门癌无手术指征或剖胸探查不能切除,且经放疗后复发或放疗无效者;放疗、

① 中山医科大学附属肿瘤医院科研基金资助课题; ② 第一作者, 1965年出生, 男, 主治医师。

化疗患者有严重进食梗阻,行短期置管;有远处淋巴、肺或(和)肝转移者。② 其它肿瘤引起的食管病变:外压性伴有或不伴有直接浸润食管的狭窄性病变者。③ 食管良性狭窄反复扩张无效者。

腔内管的选择非常重要,目前用于临床的腔内管多种多样,分成两大类:一类由无毒塑料(如聚乙烯)或乳胶制成的圆柱形管,作者自制的腔内管属于此类;另一类由具有弹性扩张性能的金属丝(如钛镍合金)编织而成的支架(带膜或不带膜)因每一种腔内管或支架都有其相匹配的推进器,市售者一般大小、长度均已定形,费用昂贵,而自制腔内管大小、长短可根据术中情况任意选择,最为实用。但是对于无食管狭窄的食管呼吸道痿患者,选用带膜支架更易固定。腔内管的大小视术中扩张程度而定,在食管解剖、生理条件允许的情况下,管径越大,食管壁与腔内管贴得越紧,阻塞漏口的成功率越高,病人进食状态越好。管径过大会增加腔内管引起的不适。腔内管的上、下端应超出瘤缘 2 cm,以防肿瘤生长阻塞管口,所以选择腔内管应比病灶长 4 cm 为佳。

多数患者虚弱,难以耐受全麻,气管插管妨碍置管操作,食管呼吸道痿患者,因瘘道的存在,全麻下咳嗽反射消失,术中流入呼吸道的消化道分泌物不能及时排出,易致吸入性肺炎或呼吸道阻塞等严重并发症,所以置管术宜采用咽部表面麻醉清醒下置管。然而,对于开胸探查肿瘤不能切除需要置管者,在关胸前置管,安全方便。有条件的应在电视监视下施行对于不合并有食管呼吸道痿者,准确计算推进深度,无电视监视,置管术也安全可行。

置管后的处理:置管术后 2h 行食管造影,了解腔内管的通畅程度,位置是否准确以及有无发生穿孔等并发症,如无异常,即可进食。食管呼吸道痿患者,最好选用稀钡或泛影葡胺行食管造影,多位体观

察,饮水无呛咳是置管成功的可靠指征。放疗期间置管,为防止肿瘤缩小、狭窄减轻后腔内管脱落,应严密观察,出现大幅度移位时,应适时拔除。严重吻合口瘢痕狭窄患者施行置管术,长约 3 cm 的腔内管停留于吻合口持续扩张,可减少反复扩张之痛苦,吻合口充分扩张后,腔内管自行脱落,经肛门排出。

并发症的防治:食管穿孔多发生于食管镜操作及食管扩张过程中,食管镜操作熟练、轻柔,扩张时在电视监视下循序渐进,可减少其发生,如发生肿瘤部位穿孔,仍可局部置管以阻断食管裂口。术前、术中精确计算置管部位,选择合适的管径,可明显减少腔内管的移位及脱落,发生移位、脱落重新出现症状时,应重新置管。脱落至胃内者,如无症状,可密切随访,无需强行取出。术后进软食,细嚼慢吞可防止管腔堵塞。腔内管下端尽量不越过贲门,以免发生胃—食管反流。

禁忌症:① 肿瘤距食管入口少于 2 cm,但国外有应用改进的 Celestin 腔内管置管成功的报告^[2],认为腔内管的入口部制成松软的漏斗状,放置于高于环咽肌的咽喉部,患者可以耐受;② 咽喉部神经受侵犯引起吞咽功能障碍者。

参 考 文 献

- 1 傅剑华,黄植凡,吴一龙,等. 经口推入置管术治疗晚期食管癌. 中华胸心血管外科杂志, 1993, 9(4): 319
- 2 Loizou L A, Rampton D, Bown S G. Treatment of malignant strictures of the cervical esophagus by endoscopic intubation using modified endoprosthesis. Gastrointest Endosc, 1992, 38(2): 158

(1996-04-22收稿 1996-10-19修回)